

مطالعه تطبیقی ساختار و محتوای بیمه درمان مکمل در چند کشور منتخب و ارائه الگویی برای ایران

علی وفایی نجار^۱ / ایرج کریمی^۲ / محسن سید نوزادی^۳

چکیده

مقدمه: مرزهای ارایه خدمات درمانی به بیماران آنقدر گسترش یافته که فراهم کردن این خدمات در قالب بیمه خدمات درمانی لااقل از دیدگاه اقتصادی مقرون به صرفه نیست. در بسیاری از کشورها برای ارایه این خدمات از بیمه درمان مکمل استفاده می شود. این مطالعه به منظور بررسی تطبیقی ساختار و محتوای بیمه درمان مکمل در کشورهای منتخب و ارائه الگویی برای ایران انجام شده است.

روش بررسی: پژوهش حاضر مطالعه ای کاربردی- توصیفی ست که به صورت تطبیقی در فاصله سال های ۱۳۸۳-۱۳۸۴ صورت گرفت. پارامترهای سازمان و مدیریت، مبنای پوشش جمعیت، معیارهای تعیین حق بیمه، روش پرداخت به ارائه دهندگان خدمات، حدود و تعهدات خدمات و نظارت و ارزشیابی کشورهای آمریکا، آلمان، اسلواکی، انگلیس، بلژیک، فرانسه، فنلاند، فیلیپین، هلند و ایران بر مبنای مدل گاردن انتخاب شدند. الگوی پیشنهادی بر اساس تکنیک دلفی و استفاده از تست های آماری تحلیل شدند.

یافته ها: یافته های تحقیق نشان داد که پوشش ناکافی خدمات بیمه درمان همگانی (۸۹ درصد) مهمترین عامل در انتخاب بیمه درمان مکمل بوده؛ در این میان شورای عالی سلامت مسئول تصویب خدمات بیمه درمان مکمل تعیین گردید (۷۸ درصد). ضمن آنکه ساختار سازمانی سیستم های ارایه دهنده بیمه درمان مکمل در اجرا غیر متمرکز ولی در سیاستگذاری و برنامه ریزی متمرکز و قیمت خدمات آن نیز بر اساس قیمت واقعی خدمات و با توجه به اصل رقابت تعیین گردید (۷۸ درصد).

نتیجه گیری: بهره گیری از بیمه ها در قالب بیمه درمان مکمل دولتی و خصوصی و ایجاد رقابت میان آنها می تواند نقش بسزایی در ارتقای کیفیت خدمات بیمه درمان، بالابردن بهبود سطح رضایتمندی مصرف کننده خدمات و در نهایت بهبود سلامت جامعه ایفا نماید.

کلیدواژه ها: ساختار، بیمه درمان مکمل، مطالعه تطبیقی

✦ وصول مقاله: ۸۶/۲/۹، اصلاح نهایی: ۸۶/۵/۱۵، پذیرش مقاله: ۸۶/۵/۲۳

۱- استادیار مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، نویسنده مسئول (Email: vafaee@ums.ac.ir)

۲- دانشیار دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی دانشگاه علوم پزشکی ایران

۳- دانشیار گروه پزشکی اجتماعی و بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مقدمه

سلامت انسان ها بخشی از سرمایه ملی است که دائما در معرض خطرات محیطی قرار دارد و نفع یا ضرر ناشی از آن متوجه تمام افراد جامعه می شود. هر عضوی از جامعه در صورت از دست دادن سلامت خود می تواند سلامت دیگران را تهدید نماید و یا به دلیل عدم حضور در محل کار آسیب هایی را به نظام اقتصادی وارد کند و در مراحل درمان خود هزینه هایی را به صندوق بیمه تحمیل نماید.[۱]

تحقیقات موید این مطلب است که پیشی گرفتن شیب نمودار هزینه های بهداشتی و درمانی نسبت به نمودار رشد تولید ناخالص ملی از یکسو، عدم امکان استفاده بیمه شدگان از اکثر امکانات درمانی و پوشش ندادن برخی از خدمات درمانی در بیمه درمان پایه، ضرورت رویکرد جدید به بیمه های درمان مکمل را به عنوان یکی از راه های بهبود وضعیت بیمه درمان مطرح می کند.[۲]

به طور کلی هدف از ایجاد بیمه های درمان مکمل، امکان استفاده افراد بیمه شده از امکانات درمانی بخش غیر دولتی، پر کردن خلاء خدمات و تعهدات بیمه های درمان پایه، ایجاد شرایطی برای نوآوری، تنوع و رقابت در عرصه فعالیت بیمه های درمان با تاکید بر مشارکت افراد در تامین منابع مالی می باشد.[۳]

با بررسی اجمالی عملکرد سازمان های ارایه دهنده خدمات بیمه ای، چنین به نظر می رسد که این بخش از نظام سلامت کشور با مسائل گوناگونی از جمله، عدم شناخت کافی از بیمه درمان مکمل، عدم جامعیت لازم و کفایت خدمات و فقدان مرز مشخص بین بیمه درمان پایه و مکمل روبروست.[۴] این در حالی است که در واقع بیمه های درمان مکمل بوجود آمده اند تا حق انتخاب مصرف کننده خدمات را به طور اختیاری افزایش دهند. به عبارتی بیمه شدگان که تمایل به پرداخت هزینه بیشتر دارند، بتواند از طیف وسیعتری از خدمات استفاده کند.[۵] با توجه به مسائل پیشگفت انجام پژوهشی جهت بررسی ساختار و محتوی بیمه درمان مکمل در سایر کشورها ضروری می باشد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر مطالعه ای کاربردی باروش توصیفی بوده که به صورت تطبیقی، در فاصله سال های ۱۳۸۳-۱۳۸۴ صورت گرفته است. پارامترهای مورد بررسی شامل سازمان و مدیریت، مبنای پوشش جمعیت، معیارهای تعیین حق بیمه، روش پرداخت به ارائه دهندگان خدمات، حدود و تعهدات خدمات و نظارت و ارزیابی در کشورهای آمریکا، آلمان، اسلواکی، انگلیس، بلژیک، فرانسه، فنلاند، فیلیپین، هلند و ایران بر مبنای تقسیم بندی گاردن[۶] و نظام های سلامت بود.

هدف از انجام این مطالعه، طراحی و تدوین الگویی جهت بررسی زیر ساخت های لازم جهت ارایه خدمات بیمه درمان مکمل در قالب پوشش های بیمه های درمان جهت استفاده شرکت های بیمه ای خصوصی یا دولتی و سازمان های مرتبط از قبیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت رفاه و تامین اجتماعی بوده است. جمع آوری اطلاعات مربوط به کشورهای انتخابی با استفاده از بانک های اطلاعات موجود، شبکه جهانی اینترنت، مدلاین و منابع کتابخانه ای و همچنین اطلاعات رسمی منتشر شده از طرف کشورهای مورد بررسی با استفاده از روش مطالعات تطبیقی با محدوده ذکر شده در پژوهش صورت پذیرفت.[۷]

متغیرهای مورد بررسی با توجه به منابع مختلف و به استناد کتب، مجلات، نشریات، تهیه و جهت تعیین روایی در اختیار اساتید مجرب و تنی چند از کارشناسان قرار داده شد و با استفاده از پیشنهادات آنان و تایید نهایی اساتید مجرب اعتبار علمی آن تایید گردید. پایایی پرسشنامه با روش آزمون-بازآزمون و توزیع در میان ۱۰ نفر از افراد مورد بررسی تایید گردید. الگوی پیشنهادی با استفاده از تکنیک دلفی به نظر سنجی ۲۸ نفر اساتید، متخصصین و صاحب نظران بخش سلامت (۱۰ استاد و ۱۸ مدیر و سرپرست) گذاشته شد. اطلاعات پس از گردآوری نهایی و طبقه بندی بوسیله نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تحلیل داده ها حداکثر امتیاز ممکن ۱۰۰ و حداقل آن صفر در نظر گرفته شد.

جدول ۱: الگوهای رایج ساختار بیمه در کشورهای منتخب

| کشور | الگوهای رایج در مورد ساختار بیمه |
|--------------------------------|----------------------------------|
| فرانسه، ایران | دولتی |
| آمریکا، آلمان، بلژیک | خصوصی |
| بلژیک، فیلیپین، فنلاند، فرانسه | ترکیبی |

شرکت های بیمه و غیره)، در این میان طی نظر خواهی به عمل آمده این معیار که مبنای تعیین حق بیمه به صورت ثابت (بدون توجه به متغیرهای فردی و گروهی) و متغیر (با لحاظ کردن معیارهای ریسک بیماری، سن، میزان مزایا و حق بیمه پرداختی) درصد بیشتری (۹۶ درصد) را به خود اختصاص داد. در تمامی کشورهای مورد مطالعه، مبنای پوشش جمعیت در بخش بیمه درمان پایه اقامت در کشور بود. در پوشش های بیمه درمان مکمل تنها عامل فسخ قرارداد بیمه، عدم پرداخت حق بیمه بوده و در واقع مبنای پوشش، توانایی در پرداخت حق بیمه و پرداخت آن می باشد. بر اساس جدول شماره ۲ در ایران مواردی از بیمه های اجتماعی و بازرگانی عهده دار ارایه بیمه درمان مکمل می باشند. مبنای پوشش جمعیت گروهی و پرداخت به بیمه شده به صورت بازپرداخت

یافته ها

مطالعات نشان داد که پوشش ناکافی خدمات بیمه درمان پایه (۸۹ درصد)، ضعف مدیریت کلان بیمه درمان (۸۴ درصد) و عدم توانایی مالی دولت در پوشش کامل هزینه درمان (۷۲ درصد) از عمده ترین علل انتخاب بیمه درمان مکمل از سوی افراد می باشد.

نهادهای مختلفی (همچون وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شورای عالی بیمه همگانی) جهت متولی امر بیمه درمان مکمل، پیشنهاد گردید که از این میان شورای عالی سلامت بیشترین امتیاز (۷۸ درصد) را کسب نمود.

مطالعات تطبیقی نشان داد که ساختار سازمانی بیمه درمان مکمل در کشورهای منتخب مشتمل بر خصوصی (مستقل)، دولتی (وابسته به دولت) و یا ترکیبی از هر دو است (جدول ۱). در این میان شیوه ای که اجرا به صورت غیر متمرکز ولی در سیاستگذاری و برنامه ریزی کلان به صورت متمرکز مورد موافقت واقع گردید (۹۳ درصد).

مطالعات همچنین نشان داد که الگوهای متفاوتی جهت تعیین حق بیمه در کشورها رایج بود از جمله متغیرهای فردی (سن، مخاطرات فردی، مزایای درخواستی و غیره) و سازمانی (سهم کارفرما، تعهدات

جدول ۲: سازمان و مدیریت بیمه سلامت در کشور ایران

| نوع سازمان بیمه ای | وضعیت پوشش خدمات بیمه درمان مکمل | مبنای محاسبه حق بیمه و پوشش جمعیت | نحوه باز پرداخت (پرداخت به بیمه شده) |
|---------------------------------------|---|--|---|
| سازمان تامین اجتماعی | ندارد | - | - |
| سازمان بیمه خدمات درمانی | شرکت آتیه ساز حافظ به طور مستقیم خدمات بیمه درمان مکمل را به کارکنان سازمان بیمه خدمات درمانی ارایه می نماید. | پوشش به صورت گروهی بدون توجه به فاکتورهای سن، جنس و وضعیت سلامتی ارایه می شود. | در مراجعه به واحدهای طرف قرارداد هیچ پرداختی از طرف بیمه شده انجام نمی شود - در سایر موارد بازپرداخت. |
| سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح | با بیمه ایران قرارداد دارد و به طور غیر مستقیم این پوشش را ارایه می نماید. | شبیه بیمه های بازرگانی عمل می شود. | شبیه آتیه ساز حافظ |
| بیمه های بازرگانی | دانا، ایران، آسیا و البرز | پوشش به صورت گروهی با لحاظ کردن وضعیت سلامتی صورت می گیرد. | شبیه آتیه ساز حافظ |
| سایر | شرکت بیمه های شمیم کوثر | مکمل دندانپزشکی | باز پرداخت (تضمینی) |



جدول ۳: سازمان و مدیریت بیمه سلامت در کشورهای منتخب

| کشور | بیمه درمان مکمل | بیمه درمان پایه | ملاحظات |
|----------|--|---|---|
| آمریکا | به طور کامل بوسیله بخش خصوصی ارائه می شود. | به جز در مورد مدیکید و مدیکیر پوشش بیمه درمان پایه نیز بوسیله شرکت های خصوصی ارائه می شود. | سیستم نظارت و ارزیابی از طریق سازمان های مستقل غیر انتفاعی صورت می گیرد. |
| آلمان | بیمه درمان مکمل به طور کامل به بخش خصوصی واگذار شده است. درمان پایه به صورت داوطلبانه به بخش خصوصی واگذار شده است. | اکثریت افراد تحت پوشش بیمه درمان پایه هستند. | سیستم نظارت و ارزیابی دولتی است. |
| استرالیا | فعالیت بخش خصوصی در این کشور بسیار محدود است و پوشش خدمات مازاد بر تعهد بیمه درمان پایه برعهده دارد. موسسات خصوصی با سخت ترین مقررات در امور بیمه ای مواجه هستند. مراقبت های موردی به بازار خصوصی راه پیدا می کند. | سیستم اصلی ارائه خدمات بهداشتی و درمانی سیستم مدیکیر است و برای تمامی استرالیایی ها پوشش بیمه ای فراهم است. | سیستم نظارت و ارزیابی دولتی است. |
| اسلواکی | شرکت های بیمه تجاری و بیمه عمر ارائه پوشش های مکمل را به عهده دارند. بیشتر افرادی که تحت پوشش بیمه اجباری نیستند یا افرادی که در اسلواکی اقامت ندارند و یا استخدام نشده اند تحت پوشش بیمه های مکمل قرار دارند. | بخش دولتی افراد را تحت پوشش بیمه اجباری قرار داده است. | بیمه های درمان مکمل خدمات و هزینه هایی که تحت پوشش برنامه های بیمه درمان اجباری نیست را پوشش می دهند. |
| بلژیک | ترکیبی از بخش خصوصی و دولتی در بلژیک فعالیت دارند. انجمن مزایای دو جانبه هم بیمه اجتماعی پایه و هم بیمه درمان مکمل را ارائه می دهد. اما بخش خصوصی علاوه بر پوشش درمان سایر خدمات را نیز ارائه می دهد. | وظیفه اولیه انجمن مزایای دو جانبه ارائه بیمه درمان اجتماعی است. این انجمن برای اعضای خود پوشش مکمل را ارائه می کند. | سیستم نظارت و ارزیابی دولتی است. |
| فرانسه | سیستم خدمات بهداشتی فرانسه خدمات را به تمام اتباع از طریق الگویی از بیمه خصوصی و دولتی ارائه می دهد. بیمه درمان مکمل دولتی برای افراد با بضاعت مالی کم ارائه می شود. | بیشتر خدمات سرپایی توسط بخش خصوصی ارائه می شود. بیمه درمان خصوصی هزینه های بیشتری را تحت پوشش قرار می دهند. | سیستم نظارت و ارزیابی دولتی است. |
| فنلاند | بیمه درمان خصوصی جهت پوشش نا کارآمدی سیستم دولتی تعریف شده است. صندوق تعاونی بیماری مزایای پوشش پایه و درمان را ارائه می دهد. | سیستم خدمات بهداشت ملی بوسیله شهرداری ها ارائه می شود. | سیستم نظارت دولتی است و بوسیله شهرداری ها و یا شرکت های خصوصی تحت نظارت آنها ارائه می شود. |
| فیلیپین | برنامه بیمه ملی فیلیپین مزایای پوشش بیمه مکمل را نیز ارائه می دهد. بخش خصوصی نیز فعالیت دارد. | برنامه بیمه ملی فیلیپین افراد را تحت پوشش قرار داده است. | سیستم نظارت و ارزیابی دولتی است. |
| هلند | در حدود ۳۷ درصد افراد تحت پوشش بیمه درمان مکمل اند. | سیاست دولت ترغیب شرکت های خصوصی است. بخش دولتی در حدود ۶۵ درصد افراد را تحت پوشش دارد. | سیستم نظارت و ارزیابی دولتی است. |

اشکال بیمه های درمان مکمل هزینه ای و خدمتی در هر کشور در دسترس هستند.

نتیجه گیری

از نتایج تحقیق چنین بر می آید انتظارات افراد از بیمه درمان مکمل متفاوت است؛ پوشش ناکافی خدمات بیمه درمان پایه، ضعف مدیریت کلان بیمه درمان و عدم توانایی مالی دولت در پوشش کامل هزینه درمان از یکسو، انتظار دریافت خدمات با کیفیت بهتر، ارایه مزایای بیشتر از سوی سازمان های بیمه ای و افزایش هزینه های بخش سلامت از علل گرایش به سمت بیمه های درمان مکمل در جامعه است. [۸] عامل مهم جهت بهبود وضعیت موجود توجه به زیر ساخت های لازم و ایجاد بستر های مناسب برای این کار است.

(تضمینی) است؛ بدین صورت که بیمه شده ابتدا کل مخارج را پرداخت می کند و در ادامه سازمان بیمه مبالغ مورد نظر را تا سقف مورد تعهد به بیمه شده بازپرداخت می کند.

جدول شماره ۳ نشان می دهد که سازمان و مدیریت بیمه درمان مکمل و پایه در کشورهای مورد مطالعه به عهده بخش خصوصی و یا دولتی و یا نهاد وابسته دولت است. اما سیستم نظارت و ارزیابی در تمامی آنها به غیر از آمریکا به صورت سازمان های مستقل غیر انتفاعی تحت نظارت دولت فعالیت دارند بر عهده بخش دولتی است.

جدول شماره ۴ نشان می دهد که خدمات بیمه درمان مکمل در دو قالب بیمه درمان مکمل هزینه ای و بیمه درمان مکمل خدمتی است؛ به بیان دیگر برخی از

جدول ۴: برخی از مزایای ارایه شده توسط بیمه های مکمل هزینه ای و خدمتی در کشورهای منتخب

| کشور | بیمه های مکمل هزینه ای | بیمه های مکمل خدمتی |
|----------|---|--|
| استرالیا | شارژ (هزینه) روزانه بیمارستان / درمان های فرعی (ثانوی) | هزینه های پزشکان / هزینه های مکمل بیمارستانی / دسترسی سریعتر / افزایش حق انتخاب |
| بلژیک | شارژ (هزینه) روزانه بیمارستان / درمان های فرعی (ثانوی) | هزینه های مکمل بیمارستانی |
| فرانسه | پرداخت های کمکی (از جمله تفاوت های بین قیمت های مذاکره شده و واقعی) / درمان های حذف شده توسط بخش دولتی / کمک در منزل / شارژ روزانه بیمارستانی | دسترسی سریعتر به مشاورین متخصص / انتخاب اتاق خصوصی در بیمارستان |
| آلمان | خدمات سرپایی / خدمات دندانپزشکی / محاسبه روزانه بیمارستان (سود نقد) | انتخاب متخصص / تخت های تسهیلاتی |
| هلند | بیشتر خدمات دندانپزشکی / پرداخت های کمکی (جانبی) داروها / خدمات با مرز متقاطع (Cross-border) / درمان های ثانوی | دسترسی سریعتر به خدمات حاد و دراز مدت |
| انگلستان | مزایای نقدی / خدمات دندانپزشکی / درمان ثانوی | دسترسی سریعتر به متخصصین و درمان های انتخابی / انتخاب تسهیلات رفاهی در بیمارستان های دولتی |
| اسلوواکی | خدماتی که تحت پوشش بیمه درمان اجباری نیست. | هزینه مکمل بیمارستانی |
| آمریکا | خدمات دندانپزشکی / خدمات چشم پزشکی / مراقبت در منزل / مراقبت از سالمندان | تحت پوشش قرار دادن هزینه پزشکی / تحت پوشش قرار دادن هزینه مسافرت، مشاوره / تحت پوشش قرار دادن هزینه ضرر های درآمدی |
| فنلاند | خدماتی که تحت پوشش بیمه درمان اجتماعی نیست. | هزینه مکمل بیمارستانی |
| فیلیپین | خدماتی که تحت پوشش بیمه درمان پایه نیست. | هزینه مکمل بیمارستانی |



در کشور ما بخش دولتی به ویژه وزارت بهداشت و درمان علیرغم وجود بخش خصوصی حجم عمده‌ای از خدمات سلامت را به عهده دارد. از آنجا که ارایه خدمات سلامت تاکنون یکسو نگرشی‌های بسیاری صورت گرفته است، استفاده از نهادی به عنوان شورای تعیین خدمات بیمه درمان مکمل به عنوان شورایی تخصصی، زیر نظر شورای عالی سلامت می‌تواند در جهت توسعه روابط برون بخشی و خروج از یکجانبه گرایی در تدوین و بررسی خدمات قابل ارایه در قالب بیمه درمان مکمل مفید فایده باشد. [۹، ۱۰]

در این راستا تدوین سیاست‌ها و اجرای آن توسط یک نهاد (دولت)، وسعت حجم وظائف و خدمات این نهاد منجر به بروز اختلالاتی در عملکرد این سازمان شده است. از سوی دیگر نادیده گرفتن امکانات و تسهیلات هر منطقه، امکان ارایه راه حل‌ها و تفکرات جدید را از سایر موسسات می‌گیرد. [۱۱] از این رو ایجاد ساختار سازمانی به صورت غیر متمرکز در اجرا و متمرکز در سیاستگذاری و برنامه ریزی کلان به منظور مشارکت بخش غیر دولتی، زیر نظر مراکز ذی صلاح می‌تواند گامی موثر در راستای کاهش وظایف اجرایی دولت، ایجاد رقابت و در نتیجه بهبود کیفیت خدمات و ایجاد اشتغال باشد. [۳]

از آنجا که منبع اصلی تامین مالی در بیمه درمان (مکمل) حق بیمه می‌باشد، لذا نحوه دریافت حق بیمه‌ها بر اساس مزایای خدمتی پیشنهاد گردید. به دلیل فقدان تعریف بسته خدمتی خاص و حق انتخاب مصرف کننده خدمت، مصرف کننده از دریافت خدمات مورد نیاز باز مانده و در بسیاری موارد خدمات غیر ضروری را خریداری می‌نماید. لذا تعریف بسته‌های خدمتی متفاوت و متناسب با نیاز مشتری می‌تواند ضمن ایجاد حق انتخاب، رضایت مشتری را کسب نماید و هر شرکت بیمه‌ای مجاز به تعیین حق بیمه متناسب با خدمات ارایه شده خواهد بود.

مطالعات انجام شده موید این مطلب است که نحوه باز پرداخت هزینه‌ها در بسیاری از کشورها از نوع

تضمینی است؛ بدین ترتیب که مصرف کننده بعد از پرداخت هزینه، جهت دریافت مبلغ مورد توافق، به بیمه گر مراجعه می‌کند. [۱۲]

بدین ترتیب، ارتباط بین ارائه دهنده خدمت و سازمان بیمه گر حذف می‌گردد و ارائه دهنده خدمت فقط از نظر کیفی کنترل می‌گردد. از آنجا که سازمان بیمه نقش واسطه بین ارایه دهنده خدمت و مصرف کننده خدمت را دارد و در واقع تسهیل کننده ارتباط بین این دو است، توصیه می‌گردد که نحوه بازپرداخت هزینه‌ها به صورت تضمینی باشد و پرداخت هزینه‌ها از سوی سازمان‌های بیمه گر با توجه به اصل "جلوگیری از دو برابر شدن مزایا" صورت گیرد. [۱۳] قیمت خدمات بر اساس قیمت واقعی خدمات و با توجه به اصل رقابتی بودن قیمت‌ها تعیین گردد. بررسی‌ها نشان می‌دهد که در هیچ یک از کشورها بیمه درمان مکمل، به عنوان بیمه جایگزین مطرح نشده است. [۱۴] به همین دلیل دخالت بیمه درمان مکمل در ارائه خدمات بیمه درمان پایه، هنگامی پذیرفته است که مسوولیت دولت در ارائه خدمات بیمه درمان پایه به تمام جمعیت (پوشش بیمه درمان اجتماعی) فراموش نشود. در واقع بیمه درمان مکمل به منظور پر کردن شکاف هزینه‌ای و شکاف خدمتی بیمه درمان پایه عمل می‌کند. عمده مزایایی که این سیستم‌ها پوشش می‌دهند ارتباط مستقیم با میزان مزایای ارائه شده در سیستم بیمه درمان پایه است.

در این میان آنچه که مسلم است این است که تفاوت بین بیمه‌های درمان مکمل هزینه‌ای و خدمتی همیشه شفاف نیست و در برخی اعضا ممکن است بین آنها همپوشانی قابل توجهی وجود داشته باشد. آنچه که مهم است این است که مزایای فراهم شده توسط بیمه درمان مکمل هزینه‌ای و بیمه درمان مکمل خدمتی از مزایای فراهم شده توسط سیستم خدمات بیمه درمان پایه (خدمات قانونی) متأثر هستند و بنابراین ممکن است از کشوری تا کشور دیگر تفاوت چشمگیری داشته باشند.

فردی در نظر گرفته شود.
- تقویت بخش خصوصی در راستای فعالیت بیشتر در ارایه بیمه درمان مکمل
- تدوین خدمات متناسب با الگوی مصرف و نیاز جامعه
- تفکیک و مرز بندی مشخص بیمه درمان پایه از بیمه درمان مکمل
- دادن مجوز به مراکز ذی صلاح جهت ایجاد رقابت بین آنها و ارایه خدمات با کیفیت مطلوب تر. ♦

فهرست منابع

۱. کریمی مظفر. جایگاه بیمه خدمات درمانی در نظام جامع تامین اجتماعی. فصلنامه تامین اجتماعی، ۱۳۸۰؛ ۳(۱۰): ۸۷۲-۸۴۸.
۲. زارع حسین. معرفی اجمالی بیمه های مکمل درمانی. سازمان بیمه خدمات درمانی، تهران؛ ۱۳۸۱؛ ۵(۱۹): ۳۲-۲۰.
۳. حسن زاده علی. مجموعه مقالات ISSA تهران: انتشارات علمی و فرهنگی، ۱۳۸۲؛ ۱۴۴-۱۴۳.
۴. احمد پور محمد حسن. مطالعه تطبیقی بیمه های مکمل خدمات درمانی در چند کشور و ارائه الگوی مناسب سازمان بیمه خدمات درمانی، تهران؛ ۱۳۸۰؛ ۴(۱۵): ۳۵-۳۰.
۵. الگوی خصوصی سازی بیمه های درمانی ایران بر اساس تجربیات کشور های منتخب. فصلنامه صنعت بیمه، تهران؛ ۱۳۸۲؛ ۱۸(۷۱): ۱۰۰-۸۹.
6. Noland & est. Economic of health and health care. Garden. 2003: 532.
7. <http://www.who.int/country> 2004.
۸. وفایی نجار علی. مطالعه تطبیقی شیوه های تعیین بسته های خدمات بیمه درمان مکمل در کشور های منتخب و ارایه الگو برای ایران. رساله دکترا. تهران: واحد علوم و تحقیقات؛ ۱۳۸۳.
۹. اکبرزاده رضا. خصوصی سازی در صنعت بیمه؛ فرصت ها و چالش ها. فصلنامه صنعت بیمه، ۱۳۷۹؛ ۱۵(۵۹): ۱۱۵-۱۳۰.
10. Kenneth Black JR, Harold D. skipper, JR. Life & Health insurance. 13th edition.?, Prentic Hall 2000: 85-87.

از آنجا که انتخاب یک نهاد خاص (دولتی یا خصوصی) به عنوان متولی امر نظارت منجر به بروز مشکلات خاص اجرایی شده و پیامدهای نظام های صرفا ارزیابی دولتی یا خصوصی را در پی خواهد داشت، [۱۵] توصیه بر بکارگیری سازمان های مستقل محلی (هر شهرستان) با ترکیبی از نماینده مصرف کنندگان و نماینده ارائه دهندگان خدمت، سازمان های بیمه ای، نماینده دولت و بر اساس چک لیست های استاندارد شده در مقاطع زمانی خاص می باشد. [۸]

بهره گیری از بیمه ها در قالب بیمه درمان مکمل دولتی و خصوصی و ایجاد رقابت میان آنها می تواند نقش بسزایی در ارتقای کیفیت خدمات بیمه درمان، بهبود سطح رضایتمندی مصرف کننده خدمات و در نهایت توسعه سلامت جامعه ایفا نماید. در این راستا توجه به مسایل زیر مفید فایده خواهد بود:

- شورای عالی سلامت کشور بسته های بیمه درمان پایه را با توجه به اصول پوشش همگانی جامعه با در نظر گرفتن منابع موجود در بخش سلامت و توان پرداخت مصرف کننده تعریف کند. سپس به تعریف تعیین بسته های بیمه درمان مکمل با اولویت بر بیمه های درمان مکمل خدمتی بپردازد.

- شورای عالی سلامت ضمن توجه به رویکرد عدم تمرکز در ارایه بیمه درمان مکمل پس از سیاستگذاری در سطوح ملی بوسیله شورای عالی سلامت کشور بر اجرای بیمه های درمان مکمل به صورت منطقه ای و غیر متمرکز نظارت داشته باشد.

- در ارایه پوشش های بیمه درمان مکمل اصولی از جمله ایجاد فضای رقابتی جهت ارایه خدمات با کیفیت مطلوب تر و با قیمت مناسب تر و آزادی افراد در انتخاب موسسات بیمه گر مد نظر قرار گیرد.

- حق بیمه های پوشش های بیمه درمان مکمل بر اساس مزایای خدمتی و میزان تعهدات شرکت های بیمه ای به دو شکل ثابت و متغیر و با لحاظ کردن معیارهای سن، مزایا و حق بیمه پرداختی و مخاطرات



۱۱. طبیبی سید جمال الدین. برنامه ریزی استراتژیک. تهران:

انتشارات ترمه؛ ۱۳۸۴: ۱۶-۱۵.

12. Association International de la Mutuality.

Health protection systems today: structures and

trends in 15 countries, Brussels, Association

International de la Mutuality. 1999: 90-91.

۱۳. صفی خانی حسین. رویکرد های متفاوت در تعیین بسته های بیمه

درمان پایه. مجموعه سخنرانی های هفتگی سازمان بیمه خدمات

درمانی، ۱۳۸۲.

14. Beasley T, Hall J, Preston. I. Private and public

health insurance in the UK. European Economic

Review 1998: 42, 491-497

۱۵. صدقیانی ابراهیم. ارزیابی مراقبت های بهداشتی و درمانی و

استاندارد های بیمارستانی. تهران: انتشارات معین، ۱۳۷۶: ۸۶.





A comparative study between complementary health assurance structure and content in selected countries; and presenting a paradigm for Iran

Vafaei Najari A.¹ / Karimi I.² / Seydnowzadi M.³

Abstract

Introduction: the boundaries of providing health services for patients is so much expanded that it is not, at least an economical cost-effective activity in the framework of the health insurances. In many countries the complementary health insurances have been used to provide these services. The aim of this study is to comparison between complementary health assurance structure and content in selected countries; and presenting a paradigm for Iran.

Methods: The present study is an applied descriptive study, has been done comparatively between 1383-1384 (2003-2004). Parameters such as management and organizations, population coverage , the criteria to choose the insurance fees, services and their reimbursement payments methods, limitations and the obligations of the services; supervision and evaluations; in countries such as USA, Germany, Slovakia, Britain, Belgium, France , Finland, Philippine, Netherlands, and Iran has been chosen based on the Gordon Model. The chosen methods are based on Delphi techniques and by using the statistical tests were analyzed.

Findings: Our study results showed that the main reason of choosing the complementary insurance is the insufficient coverage of the public health insurance (89%). The High Council for Health selected as responsible authority for approving complementary health insurances(78%), also because of decentralized organizational structure of the delivery systems for the complementary health insurance ,and meanwhile centralized policy making and planning; the complementary health insurances fees fixed based on actual services prices, given the competitive principle(78%).

conclusion: Using insurances in terms of governmental and private complementary health insurance and creating the competition among them, could have an important role on improvement the health insurance quality, raising the level of customers' satisfactions, and finally improve the public health.

Key words: *structure, health insurance complementary, comprehensive study.*

1- Assistant professor, School of Management and Medical Information Sciences, Mashhad University of Medical Sciences

2- Associate Professor, School of Management and Medical Information Sciences ,Iran University of medical Sciences

3- Associate Professor, School of Health Information Sciences ,Mashhad University of medical Sciences